Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Unter Mitwirkung von:
Prof. Dr. Ch. Audry in Toulouse, Dr. C. Beck in Budapest, Dr. Th. Buri in Basel,
Dr. E. Delbanco in Hamburg, Priv.-Doc. Dr. E. Heuss in Zürich,
Dr. M. Hodara in Constantinopel, Dr. L. Leistikow in Hamburg,
Prof. Dr. V. Mibelli in Parma, Dr. H. C. Plaut in Hamburg
herausgegeben von
P. G. Unna und P. Taenzer.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34.

Am 1. und 15. jeden Monats erscheint ein Heft im Umfange von etwa drei Bogen. Halbjährlich erscheinen also 12 Hefte, welche zusammen einen Band bilden, dem Sach- und Namenregister sowie eine Inhaltsübersicht beigegeben werden. — Preis eines Bandes 20 Mark. Postporto bei Zusendung unter Kreuzband M. 1.— (Ausland M. 1.50) für den Band. — Man abonniert bei den Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes, sowie direkt bei der Verlagsbuchhandlung.

Adresse der Redaktion:
für Originalabhandlungen: Dr. P. G. Unna in Hamburg-Eimsbüttel.
für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer in Bremen, Obernstrasse 23, I.

Sonder-Abdruck.

Krzysztalowicz F.

XII. 02. 1000

M... polska

Sonder-Abdruck aus
„Monatshefte für Praktische Dermatologie"
36. Band. 1903.
Verlag von Leopold Voss, Hamburg u. Leipzig.





Aus der Dermatologischen Klinik und dem Laboratorium des Prof. REISS in Krakau.

Über chronische streptogene Hautaffektion sub forma einer bullösen Dermatitis (eines Pemphigus).

Von

Dr. F. KRZYSZTALOWICZ,
Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Pemphigus ist kein klarer klinischer Begriff, denn das einzige gemeinsame Kennzeichen aller der verschiedenen bekannten Formen, welche dieser Begriff umfaſst, ist lediglich nur das Auftreten von Blasen, welche jedoch schon in Bezug auf ihre Form besonders in ihrem Verlaufe verschieden sein können. Die auf zahlreichen Kongressen angeregten und von verschiedenen Autoren gemachten Versuche, diese Frage zu klären, haben bis jetzt noch keine Früchte getragen und wir tappen noch immer im Finstern. Nur die genaue histologische und bakteriologische Untersuchung eines jeden beobachteten Falles ist im stande, Licht in dieses Dunkel zu tragen.

Vorläufig müssen wir uns als Prinzip setzen, daſs wir mit der Benennung Pemphigus wohl nur jene Fälle von Blasenbildung bezeichnen können, deren Ätiologie wir nicht genau kennen, bei denen die bakteriologische Untersuchung kein positives Resultat ergibt, und wir das Auftreten der Bläschen auf etwaige nervöse Einflüsse, Veränderungen des Blutes oder Stoffwechsels zurückführen. Deshalb nennen wir auch nicht Pemphigus die Blasenbildung bei Verbrennungen, bei Impetigo simplex, bei Herpes u. dgl., deshalb müssen auch die Fälle von Pemphigus acutus neonatorum, dessen infektiöser Charakter schon von sämtlichen Autoren anerkannt worden ist, getrennt behandelt werden. In Bezug auf dies letztere Leiden dürfte die Bezeichnung der französischen Autoren dermatite bulleuse des nouveau-nés zutreffen. Ob die DUHRINGsche Krankheit (Dermatitis herpetiformis polymorpha dolorosa) und die bekannten Formen des Pemphigus (Pemphigus

vulgaris, foliaceus, vegetans) einer Gruppe angehören, oder ob sie besondere Krankheitseinheiten darstellen, ob sie ineinander übergehen können oder endlich nur Symptome verschiedener Krankheitsprozesse sind, kann hier nicht entschieden werden. Dies sind derzeit offenstehende Fragen. Hier will ich nur betonen, daſs ich die Pemphigusfrage keineswegs als eine leicht zu lösende betrachte und daſs ich die Meinung Kaposis,[1] der Pemphigus sei ein ganz klarer klinischer Begriff, nicht teile.

Bezüglich der Frage über das Wesen des Pemphigus halte ich es für besonders wichtig, festzustellen, daſs die meisten Autoren, welche den Pemphigus der Neugeborenen beschreiben, bestätigen, daſs sehr groſse Blasen infolge einer äuſseren Infektion entstehen können, während bisher die Entstehung einer groſsen Blase meist auf einen inneren Faktor zurückgeführt wurde. Erst Sabouraud[2] sprach seine Meinung darüber klar aus, indem er behauptete, daſs die Blasenbildung eine der durch die Ansiedelung des Streptococcus hervorgerufenen Krankheitsformen sei.

Kaposi versteht unter Pemphigus eine Krankheit, deren Wesen in einer Blaseneruption mit wiederholten Rezidiven besteht, und trennt von diesem Begriffe des eigentlichen (chronischen) Pemphigus gänzlich die akuten Fälle (Pemphigus acutus adultorum Pontopidan). Und doch läſst es sich schwer mit Sicherheit beurteilen, ob im Verlaufe dieser beiden Krankheiten, d. h. des akuten und chronischen Pemphigus, ein wesentlicher Unterschied besteht. Die Eruption begleiten in beiden Fällen Allgemeinerscheinungen, wie Schüttelfrost, Fieber, allgemeines Schwächegefühl u. dgl., und die Dauer ist in beiden Fällen länger oder kürzer. Deshalb sind auch alle Autoren darin einig, daſs sie einen Pemphigus akut nennen, dessen Blaseneruptionen, wenn auch wiederholt, doch schnell ablaufen und höchstens in einigen Wochen entweder gänzlich abheilen oder letal endigen, — als chronisch dagegen diejenigen Fälle bezeichnen, bei welchen die Blaseneruptionen in verschieden groſsen Zeitintervallen erfolgen und die Krankheiten auf Monate und sogar Jahre hinaus ziehen. Ich bin aber nicht der Meinung, daſs das Moment der Dauer allein nebst gleichen Allgemeinerscheinungen und gleicher Form einen wesentlichen Grund biete, diese Krankheiten voneinander förmlich zu trennen — zumal wenn man erwägt, daſs der Verlauf sowohl dieser wie jeder anderen Krankheit von sehr vielen Nebenbedingungen beeinfluſst werden kann: sei es ungenügende oder gar das Fehlen jeder Behandlung, oder eine begleitende, schon vorher existierende oder im Verlaufe entstandene und komplizierende Krankheit — alles Umstände, welche den Verlauf der Krankheit verkürzen oder verlängern können. Es erscheint somit fast

---

[1] Verhandl. d. V. deutsch. dermatol. Kongress. 1895.

[2] Kongreſs englischer Ärzte in Cheltenham. 1901.

unmöglich, auf Grund der Verlaufsdauer allein diese Krankheit in eine akute und chronische Form zu trennen und dürften als letztere (chronische) Form nur diejenigen Fälle gelten, welche in durch symptomlose Unterbrechungen getrennten Rezidiven auftreten.

Um endlich einen möglichst klaren klinischen Begriff zu gewinnen, halte ich mich an die Definition UNNAS,[3] welcher als Pemphigus nur diejenigen Fälle auffaſst, bei welchen die Blasen mit klarem, nicht eiterigem Inhalte auf der nur wenig geröteten Haut auf verschiedenen Körperstellen einzeln oder in periodischen Eruptionen auftreten, niemals Gruppen oder Ringe bilden, höchstens symmetrisch geordnet sind und fast ganz ohne subjektive Erscheinungen.

Angesichts so vieler in dieser Frage herrschenden Zweifel ist es von groſser Wichtigkeit, einen jeden Krankheitsfall, in dessen Verlaufe Blasen auftreten — nachdem derselbe histologisch und bakteriologisch untersucht worden ist —, zu veröffentlichen, denn nur die genaue Beobachtung und Untersuchung eines jeden Falles, in welchem Pemphigus diagnostiziert wurde, kann zur Aufklärung dieser Frage beitragen.

Der von mir in der Klinik des Herrn Prof. REISS beobachtete Fall bietet sowohl in Bezug auf seinen klinischen Verlauf, wie auf die histologischen und bakteriologischen Befunde so interessante Einzelheiten, daſs die Entstehung und Ursache der Erkrankung durch dieselben klar wird, und glaube ich, durch die Schilderung dieses Falles die Ätiologie des Pemphigus überhaupt etwas beleuchten zu können.

J. A., 18 Jahre alt, beschäftigungslos, meldete sich in die Klinik am 28. Oktober 1901. Laut Angabe soll er im Januar 1901 einen Scharlach mit akutem Verlauf gehabt haben, in der zweiten Woche der Krankheit wurde Eiweiſs im Urin gefunden, in der dritten Woche traten an verschiedenen Körperstellen auf der Haut wie auch der Schleimhaut der Mundhöhle (Innenseite der Wange, Zunge, Gaumen) groſse Blasen auf. Die Blasen erschienen in ungleichen Zeiträumen, erreichten eine beträchtliche Gröſse und ihr Erscheinen war stets von hohem Fieber begleitet. So verlief die Krankheit bis zur Aufnahme des Patienten in die Klinik.

Die erste Untersuchung in der Klinik ergab folgendes: Die behaarte Kopfhaut mit zahlreichen dicken Krusten bedeckt, auf dem Gesichte neben kleinen, impetiginösen Krusten einige Blasen von verschiedener Gröſse, teils geöffnet, teils mit klarer Flüssigkeit gefüllt, welche ihre Wandung spannte. Auf den oberen und unteren Extremitäten talergroſse, mit Borken bedeckte Stellen, nach deren Entfernung sich nässende Flächen zeigten. Hier und da auf den Extremitäten ein kleines Bläschen oder der Rest einer Blasenwand neben einer Kruste. Auf den Händen, und

[3] Histopathologie der Haut. 1894.

zwar sowohl auf der Hohlhand wie auf den Fingern, besonders auf der Volarseite, gut erhaltene Bläschen, das Epithel in grofsen Stücken desquamierend, hier und da eine nässende Fläche.

Das Krankheitsbild schien also klar zu sein: Auf dem Kopfe und

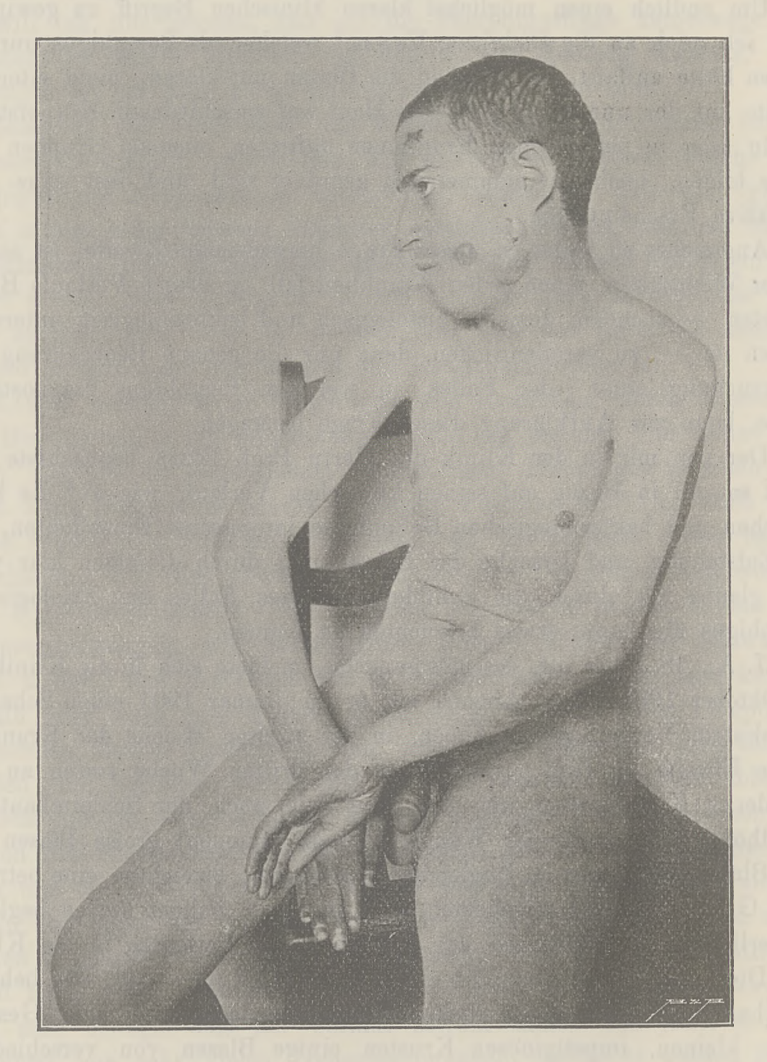


Fig. 1. Photographie des Kranken nach der Reinigung der Haut. — Auf dem Gesichte grofse Blasen, auf den Extremitäten deutliche Spuren von Ecthymaefflorescenzen, auf dem Rumpfe und den unteren Extremitäten Erytheme.

dem Gesichte die Erscheinungen der Impetigo vulgaris, teils in der Form der charakteristischen Krusten, teils der erhaltenen Blasen, die vielleicht etwas gröfser waren als sie gewöhnlich zu sein pflegen; auf den Extremitäten — ganz übereinstimmend mit früheren Bildern — Ecthyma vul-

gare, nebst erhaltenen kleineren Blasen. Die Haut des Rumpfes bot fast keine Veränderungen.

Auf Grund dieser Befunde wurde die Diagnose gestellt: Ecthyma vulgare. Diese Diagnose stand in keinerlei Widerspruch mit dem ganzen, obwohl schon 8 Monate dauernden Krankheitsverlauf, denn die von aufsen her einmal erfolgte Infektion irgendwelcher Hautstelle verbreitete sich augenscheinlich immer weiter, indem sie immer neue Stellen befiel. Die frühere Behandlung der Krankheit mufs freilich eine sehr mangelhafte gewesen sein, was sich schon aus dem Umstande ergibt, dafs der Kopf des Patienten mit dicken Borken bedeckt war, welche eine reiche Quelle für immer erneute Infektionen bildeten.

War aber der Fall bis zu diesem Augenblicke klar und schien derselbe der Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten zu bieten, so mufste doch sein weiterer Verlauf und die spätere Gestaltung der Veränderungen manche Zweifel auftauchen lassen und sogar die Diagnose überhaupt erschüttern — schon aus dem Grunde, dafs solche Fälle nicht häufig vorkommen und selten in ihrem ganzen Verlaufe beobachtet werden.

Nachdem die behaarte Kopfhaut gereinigt und die Krusten vom Kopf und den zerstreuten impetiginösen und ecthymatösen Efflorescenzen entfernt und die gespannten Blasen geöffnet wurden, konnte man eine Exacerbation der Erscheinungen bemerken. Auf dem Gesichte und den Extremitäten entstanden frische Blasen, auf dem Rumpfe wenig erhabene Erytheme von verschiedener Gestalt, auf welchen hier und da in Ring- oder Kreisausschnittform kleine Bläschen auftraten, während die Blasen auf dem Gesichte und den Extremitäten von einem roten Saum umgeben waren und eine beträchtliche Gröfse erreichten (etwa Handgröfse eines Neugeborenen). Auf der Hohlhand und den Fingern traten ebenfalls frische, bald kleine Bläschen, bald grofse, durch den Inhalt stark gespannte Blasen auf.

Diese nach dem Reinigen der Haut und der Entfernung der Borken erfolgte Exacerbation der Erscheinungen scheint eine natürliche Folge der Weiterverbreitung des Giftes zu sein, welche im Bade durch die Abspülung des unter den Krusten sich befindenden Sekrets zu stande kam.

Der Inhalt der Blasen war — besonders im Anfange — stets klar und wurde erst nach 24—48 Stunden — wenn die Blase nicht eröffnet wurde —, trübe, so dafs man in grofsen Blasen neben der klaren Flüssigkeit an einem Pol eine eiterige durchscheinen sah.

Die Untersuchung sowohl der ersten wie auch der im weiteren Verlaufe entstandenen Blasen ergab, dafs ihr Inhalt flüssig, klar und von gelblicher Farbe war und das Mikroskop zeigte nur eine geringe Zahl von Lymphocyten, darunter sehr spärliche eosinophile Zellen. Nach wiederholter Untersuchung des Inhaltes mehrerer Blasen aus verschiedenen

Körperstellen fand ich nebst den Lymphocyten auch Kokken, entweder zu zwei in Sanduhrform oder in der Form kurzer Ketten. Ich hielt diese Kokken vorläufig (wenn auch nicht mit Sicherheit, da die bakteriologische Untersuchung erst später durchgeführt wurde) für Streptokokken. Nebst diesen bemerkte ich, und zwar nur im Eiter älterer Blasen, auch Staphylokokken.

Ich komme nun auf den Verlauf der Krankheit zurück, deren Geschichte ich aber nicht in Einzelheiten schildern werde, da während derselben keinerlei neue Erscheinungen auftraten, welche auf etwas Neues oder besonders Wichtiges hindeuteten. Es ist nur im allgemeinen festzustellen, daſs während der fünf Monate, welche der Patient in der Klinik zubrachte, die Erytheme und Blasen immer von neuem wieder auftraten, aber in mit der Zeit immer abnehmender Zahl und Gröſse. Das Auftreten der Erytheme und Blasen begleitete stets ein Gefühl von Brennen, Jucken und sogar Schmerz. Auf der Schleimhaut der Mundlippen und der Wangen konnte man des Epithels beraubte, mit diphtheritischem Belag bedeckte Plaques bemerken.

In der ersten Zeit der Behandlung (tägliche Bäder und abwechselnd Ung. Wilkinsoni, Solutio Vlemingkx, 5%ige weiſse Präzipitätsalbe, Schwefelsalbe) traten noch hier und da — ohne vorausgehende Erytheme — groſse Blasen auf nebst Erythemen, auf welchen kleinere, flache, zuweilen untereinander zusammenflieſsende Blasen entstanden. Bald aber kam ich dahinter, daſs die auf der Hohlhand und den Fingern immer neu auftretenden Blasen höchstwahrscheinlich den Stoff für immer neue Infektion der Haut lieferten. Ich begann daher dieselben fleiſsig mit Ung. Hebrae mit Zusatz von Salicylsäure zu behandeln und es trat in der Folge eine Milderung des ganzen Prozesses ein, sogar die Erytheme traten immer seltener und spärlicher auf. Die Blasen zeichneten sich während des ganzen Krankheitsverlaufes sowohl in Bezug auf ihre Gröſse wie ihren Inhalt stets durch die gleichen Eigenschaften aus, wie solche oben geschildert wurden.

Der Allgemeinzustand des Patienten, der anfangs — besonders in Bezug auf seine Ernährung — ein elender war, besserte sich in dem Maſse, als die Krankheitserscheinungen nachlieſsen, so bedeutend, daſs man ihn in der kurzen Zeit, trotz der noch vorhandenen Erscheinungen (besonders Erytheme), als „sehr gut ernährt" bezeichnen konnte.

Hier soll zugleich einiger Beobachtungen Erwähnung geschehen, welche von dem Grade der Kontagiosität der eben beschriebenen Veränderungen zeugen. Nach der ersten Reinigung der Haut eröffnete ich eine groſse Blase auf der Stirn des Patienten, um deren Inhalt mikroskopisch und bakteriologisch zu untersuchen, und rieb dann das so gewonnene Serum in die aufs sorgfältigste gereinigte Haut des linken Ober-

armes des Patienten ein, deckte die Stelle mit Baumwolle zu und verband sie. Nach etwa 20 Stunden zeigten sich auf der infizierten Stelle zwei bohnengroſse, platte Blasen, welche mit klarer Flüssigkeit gefüllt und von einem roten Saum umgeben waren. Eine zweite Beobachtung: Bei einem anderen Patienten, welcher mit meinem Kranken in näherer Berührung stand, zeigten sich auf der Ohrmuschel ähnliche Blasen, welche nach einigen Tagen abheilten.

Um das Krankheitsbild zu ergänzen, ist noch zu erwähnen, daſs im Verlaufe mancher Blasen eine Staphylokokkeninfektion (die Staphylokokken waren leicht nachzuweisen) nicht bloſs der Blasen, sondern auch der darunter liegenden Gewebe eintrat, so daſs nicht nur der bisher klare Blaseninhalt eiterig wurde, sondern sich auch Hautabscesse bildeten. Dies ist übrigens eine Erscheinung, welche im Verlaufe des Impetigo oder des Ecthyma so oft beobachtet wird, und zwar daſs im Verlaufe einer Streptokokkeninfektion eine Staphylokokkeninfektion hinzutritt.

Berücksichtigt man nun den sekundären Verlauf der Krankheit, der nach der sorgfältigen Reinigung der Haut einerseits das Bild des Pemphigus (in Betracht der für diese Krankheit charakteristischen Blasen) bot, andererseits aber an manchen Stellen mit Blasen bedeckte Erytheme (Erythema bullosum) zeigte, — so lieſs sich derselbe mit keiner der bekannten Affektion in Einklang bringen. Bei dem typischen Pemphigus gibt es kein Erythem, das Erythema bullosum aber zeigt keine so groſsen Blasen, wie sie in diesem Falle waren. Obwohl also der Form nach eine von diesen beiden Krankheiten zu diagnostizieren war, so war es doch schwer, sich für die eine oder die andere fest zu entschlieſsen. In Betracht des Polymorphismus blieb es noch übrig, an die Duhringsche Krankheit zu denken, zumal die verschiedenförmigen Erytheme nebst subjektiven Begleiterscheinungen (Schmerz, Brennen, Jucken) dafür sprachen, — doch lieſs allein schon der Anblick der kleinen, platten, mehr länglichen als runden Bläschen, deren Oberfläche sich leicht runzelte, auch dieses letzte Leiden ausschlieſsen. Es muſste also der genauen histologischen und bakteriologischen Untersuchung des Inhaltes und der Struktur der Blasen überlassen werden, über das Wesen dieser Krankheit Aufschluſs zu geben und zugleich die erste Diagnose: Streptococcia cutis chronica zu bekräftigen.

Die histologische Untersuchung wurde an zwei auf gröſseren Erythemen liegenden, aus der Haut des Vorderarmes mehrere Stunden nach ihrem Erscheinen ausgeschnittenen Blasen vorgenommen. Ich war gleich bemüht, mit Hilfe entsprechender Färbemethoden (meist nach Unna) nicht bloſs ein anatomisches Bild der veränderten Gewebe zu gewinnen, sondern auch zugleich das Vorhandensein bezw. das Fehlen von Mikroorganismen festzustellen. Zu diesem letzteren Zwecke bediente ich mich mit bestem

Erfolg der GRAMschen Methode mit der Modifikation UNNAS und dessen polychromen Methylenblau und Entfärbung mit einer Glycerinäthermischung.

Die ausgeschnittenen Bläschen waren gerunzelt und mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Das Mikroskop zeigt, daſs die Blasenhöhle unter dem Epithel liegt, so daſs sämtliche Epithelschichten die Decke, die entblöſsten, in die Flüssigkeit hineinragenden Papillen den Grund der Blase bilden. Die Papillen zeigen dabei ein bedeutendes seröses Ödem und sind mit Lymphocyten infiltriert. Die Gefäſse der Papillen und der eigentlichen Haut sind erweitert, ihre Adventitia enthält eine etwas gröſsere Menge Zell-



Fig. 2. Ein Bläschen von einem Erythem umgeben. Vergröſs.: ZEISS. Oc. 1. Ob. AA. — Färbung: neutrales Orcein, polych. Methylenblau, Glycerinäthermischung.

elemente und die Endothelzellen mancher Gefäſse sind gröſser, ödematös. Den Inhalt der Blase bildet eine geronnene Flüssigkeit mit einem nicht groſsen Gehalt an Fibrin und spärlichen Lymphocyten. An manchen Stellen sieht man in der Blasenhöhle einen entblöſsten Haarbalg.

Das die Blase umgebende Erythem zeigt gleichfalls in den Papillen seröses Ödem und eine ganze Zahl Lymphocyten; an manchen Stellen war das Epithel von den Papillen gänzlich getrennt und derartig abgehoben, daſs es anatomisch den Eindruck machte, als wenn dies das Anfangsstadium der Bildung einer Blase wäre.

Von sonstigen Veränderungen zeigte das Epithel nur noch etwas erweiterte Intercellularräume und in denselben hier und da Lymphocyten.

An den Fibrinfasern zeigten manche Präparate Haufen von Kokken, ganz denjenigen ähnlich, welche ich bei der Untersuchung der Flüssigkeit der Blasen sah. Dieselben machten keineswegs den Eindruck von Staphylokokken, sie sahen im Gegenteil vielmehr Streptokokken ähnlich, obwohl solche an Schnitten nicht mit Sicherheit zu erkennen sind.

Das anatomische Bild der Blase entsprach also in diesem Falle nicht demjenigen, welches die meisten Autoren bei Pemphigus darstellen. Am häufigsten sieht man bei Pemphigus die Blasen zwischen der Hornschicht des Epithels und der MALPIGHIschen Schicht, — in unserem Falle aber waren sämtliche Epithelschichten von der Cutis getrennt. Wir wissen aber zugleich, daſs betreffs der Bildungsstelle der Blasen in dem Epithel die Anschauungen der Autoren so auseinandergehen, daſs aus der Lokalisation der Blasenhöhle keineswegs auf die Art der Affektion gefolgert werden kann.

Auch entspricht das oben geschilderte Bild der Blasen — hinsichtlich ihrer Lokalisation — nicht den klassischen Beschreibungen des Ecthyma (UNNA, SABOURAUD). Dies erklärt sich durch den Umstand, daſs infolge der längere Zeit andauernden Infektion die Widerstandskraft der Haut herabgesetzt wurde, so daſs das Gift tiefer als gewöhnlich eindringen und daher auch tiefere Blasen hervorrufen konnte. Allein aber der Umstand, daſs die Desinfizierung der Haut von so günstigem Einflusse auf den Krankheitsverlauf war, genügt, um in diesem Falle die Veränderung nicht auf irgend einen inneren Faktor, sondern auf eine von auſsen her erfolgte Infektion zurückzuführen.

Die bakteriologische Untersuchung nahm ich fünfmal in verschiedenen Stadien der Krankheit und an verschiedenen Blasen vor — in der von SABOURAUD[4] empfohlenen Weise. Ich zog nämlich aus der mittels einer gläsernen Pipette angestochenen Blase etwas von ihrem Inhalte ein, füllte die Pipette mit Bouillon und Serum zu gleichen Teilen und brachte sie in den Thermostat bei 37° C. Nach mehreren Stunden untersuchte ich den Gehalt des Nährbodens und fand jedesmal Streptokokken in ihren typischen Formen, sowohl in den mikroskopischen Präparaten, wie auch in den Kulturen, nachdem ich dieselben vom ersten flüssigen auf feste Nährböden übertrug.

Diese Untersuchungen wiederholte ich — wie schon oben erwähnt — mehrmals während des fünfmonatlichen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik, und zwar sowohl gleich nach der Aufnahme des Patienten, wie auch in den späteren Stadien der Krankheit, und ich legte Kulturen an aus dem Inhalte sowohl groſser als auch kleiner, auf Erythemen sitzender

---

[4] Étude clinique et bactériologique de l'impetigo. *Annal d. dermat. et syphil.* 1900.

Bläschen, — in einem Falle aus einem erst im Werden begriffenen Bläschen, so dafs ich kaum einen Tropfen Flüssigkeit gewinnen konnte.

Nebst den Streptokokken fand ich in den Nährböden gewöhnlich auch Staphylokokken (Staphylococcus aureus et albus); dazu ist aber zu bemerken, dafs die Oberflächen der Blasen blofs durch Begiefsen mit einer Mischung von Alkohol und Äther gereinigt wurden.

So sprachen also das klinische Aussehen der Veränderungen und die histologische Untersuchung dafür, dafs wir es in diesem Falle mit einer der unter dem Namen Pemphigus bekannten Krankheitsformen zu tun haben, der klinische Verlauf dagegen mit Berücksichtigung der Therapie, und die bakteriologische Untersuchung liefsen den ganzen Krankheitsprozefs auf eine Streptokokkeninfektion zurückführen, welche anfangs die Erscheinungen eines Ecthyma hervorrief, später zur Bildung von verschieden grofsen Blasen und Erythemen führte. Erwägt man den ganzen späteren Verlauf der Krankheit, so kann man freilich zum Schlusse gelangen, dafs derselbe zum grofsen Teile dem eines chronischen Pemphigus entspricht, — obwohl das Krankheitsbild im Anfange vielmehr dem einer Impetigo vulgaris und Ecthyma ähnlich war. Ich vergleiche unseren Fall deshalb nur mit den Fällen des chronischen Pemphigus, weil die bisher beschriebenen Fälle von akutem Pemphigus gewöhnlich nur kurz dauerten, während in unserem Falle schon die Dauer allein für seinen chronischen Charakter sprechen dürfte. Die akuten Fälle von Pemphigus, auf die ich noch unten zurückkomme, gingen stets schnell entweder in Heilung oder in Tod über und hatten nie den Charakter eines lang dauernden Leidens. Demnach dürfte man mit einigem Recht den Schlufs ziehen, dafs in diesem Falle ein Pemphigus auf dem Boden einer chronischen Streptokokkeninfektion sich entwickelt hat.

Im Verlaufe dieses Falles waren aber auch Stadien, in welchen keine Blasen, sondern blofs Erytheme sich bildeten; endlich schwanden auch diese, — als aber der Patient seine Hände, auf welchen noch immer Blasen entstanden, nicht fleifsig verband, traten bald die Erytheme und sogar kleine Blasen wieder auf. Hätte man also der Reinigung der Hände weniger Aufmerksamkeit geschenkt, so wären immer neue, den früheren ähnliche Eruptionen zu stande gekommen und der ganze Verlauf würde in der Folge noch mehr den Eindruck eines chronischen Pemphigus gemacht haben. Ist nun die Ätiologie der Veränderungen bekannt, so wird es auch leicht begreiflich, dafs die Infektion von der infizierten Stelle aus auf immer neue Stellen, sei es mittelbar oder unmittelbar, übertragen werden konnte. Die Infektion selbst nahm also einen chronischen Charakter an, indem sie sich im Laufe von fünf Monaten von Stelle zu Stelle ununterbrochen fortpflanzte.

Die Fälle von akutem Pemphigus, wie sie in der neuesten Literatur

(JARISCH,[5] BROCQ[6]) beschrieben wurden, stellten einen kurzen, akuten Verlauf dar und gingen nicht selten in einigen Tagen in Tod aus, wie in den Fällen von PERNET,[7] PRIESTLEY[8] u. a., oder sie heilten in ebenso kurzer Zeit. In vielen Fällen ist der unter Fieber und anderen akuten Begleiterscheinungen erfolgten Blaseneruption eine Schädigung der Haut vorangegangen, wie dies von PERNET, TAYLOR,[9] HADLEY und BULLOCH[10] u. a. hervorgehoben wurde; in anderen Fällen traten die Blasen nach akuten Fieberkrankheiten, wie in den Fällen von HUTCHINSON,[11], HAEUBLER[12] u. a. auf. Manche Autoren beschreiben endlich das epidemische Auftreten des akuten Pemphigus (JONSON,[13] KOEHLER,[14] HAEUBLER). Einen sehr charakteristischen Fall beschreibt FALLER:[15] Bei einem Kinde traten auf der Haut und und Schleimhaut Blasen auf, welche als Pemphigus erkannt wurden; bald darauf wurde bei einem anderen, nebenan liegenden Kinde ein Impetigo vulgaris erkannt. Daraus kann leicht gefolgert werden, daſs eine und dieselbe Ursache bei einem Individuum die Symptome eines Pemphigus, bei einem anderen die eines Impetigo vulgaris hervorrufen kann.

Die Ätiologie des Pemphigus überhaupt ist noch ganz unbekannt. Die meisten Autoren führen diesen Krankheitsprozeſs auf innere Ursachen zurück und nur ausnahmsweise gelang es, Mikroorganismen zu finden, welche man für dieses Leiden verantwortlich machen könnte. Diesbezügliche Untersuchungen wurden hauptsächlich in Fällen von akutem Pemphigus vorgenommen.

In einem Falle von akutem Pemphigus bei einem Erwachsenen fand zuerst DEMME[16] Diplokokken, welche auf Nährböden von Staphylokokken differente Kulturen darstellen und in die Lungen von Meerschweinchen injiziert Pneumonie erzeugten. Später wurden ähnliche Kokken auch von ALLEN,[17] BLEIBTREU,[18] PERNET, HADLEY und BULLOCH gefunden. TÖRÖK,[19]

---

[5] Die Hautkrankheiten.

[6] La pratique dermatologique. T. III.

[7] Ein Fall von Pemphigus acutus mit tödlichem Ausgange. (*Brit. med. Journ. of Derm.* 1895 u. 1896.)

[8] Akuter Pemphigus. (*Brit. med. Journ.* 1894.)

[9] Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend. (*Brit. med. Journ.* 1897.)

[10] Ein Fall von akutem Pemphigus. (*Lancet.* 1899.)

[11] Ein Fall von akutem herpetischem Pemphigus. (*Arch. of Surgery.* 1899.)

[12] Über einen Fall von Masern, kombiniert mit Pemphigus acutus. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 33.)

[13] *Lancet.* 1897.

[14] Über die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut nebst kasuistischem Beitrag zur „Febris bullosa“. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1899. No. 5 u. 6.)

[15] Impetigo contagiosa bullosa, Pemphigus vortäuschend. (*Amer. Journ. of Derm.* Januar 1900.)

[16] Über Pemphigus acutus. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1886.)

[17] Fall von Pemphigus acutus s. febrilis. (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1888. No. 4.)

[18] Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 28 u. 29.)

[19] Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft Budapest, Januar 1896.

Koehler, Bellei[20] u. a. züchteten in Fällen von akutem Pemphigus aus dem Inhalte der Blasen Staphylokokken und schrieben denselben eine mehr oder weniger spezifische Bedeutung zu, Munro[21] erhielt kleine Kokken, welche Diplokokken bildeten, und nannte sie Micrococcus vesicans.

Den Demmeschen Kokken ähnliche Diplokokken fand Dähnhardt[22] in einem Falle von chronischem (11 Monate dauerndem) Pemphigus. Die Kokken wurden nämlich auch im Blute des Patienten gefunden und zeichneten sich dadurch aus, daſs sie charakteristische Kulturen lieferten, welche bei Impfungen lokale Eiterung hervorriefen. Sormani[23] betrachtet gleich Tommasoli den Pemphigus als einen parasitären Krankheitsprozeſs, indem er eine durch Leukomaine hervorgerufene (chronische) und eine durch Mikroorganismen bewirkte (akute) Form unterscheidet, zugleich aber behauptet, daſs die Blasen die Folge trophoneurotischer Wirkungen sind, welche durch die von den Mikroorganismen erzeugten Toxine veranlaſst werden.

Ich habe diese wenigen Anschauungen angeführt, um sie der allgemein herrschenden Meinung, daſs dem Pemphigus innere Faktoren zu Grunde liegen, gegenüberzustellen. Dieser Meinung, die sich so allgemein eingebürgert hat, ist es zu verdanken, daſs die bakteriologischen Untersuchungen in diesem Teile der Dermatologie (die bullösen Dermatitiden überhaupt) so mangelhaft sind.

Es ist auch nicht meine Absicht, hier darüber zu entscheiden, welche Ursache dem chronischen Pemphigus zu Grunde liegt, ferner ob seine Ätiologie überhaupt eine einheitliche ist, endlich, ob das dieses Leiden bewirkende Agens immer dasselbe ist; ich will bloſs aus dem oben geschilderten Falle die sich von selbst ergebenden Schluſsfolgerungen ziehen.

Vor allem ist also festzustellen, daſs die keinem Zweifel unterliegende Streptokokkeninfektion in diesem Falle sich durch ein dem Pemphigus am meisten ähnliches Krankheitsbild manifestierte, daſs nämlich die Blasen sich durch nichts von denjenigen bei Pemphigus unterschieden, daſs folglich eine Streptokokkeninfektion dieselben Blasen hervorrufen kann, welche den Pemphigus charakterisieren.

Die Erytheme, welche das Krankheitsbild komplizierten, sind auf keinerlei innere Faktoren, sondern — wie dies die histologischen und

---

[20] Über einen Fall von septischer pemphigoider Dermatitis und über die Eigenschaft, des Staphylococcus pyog. aur. Hämorrhagien zu verursachen. (*Morgagni.* 1900. No. 3.)

[21] Pemphigus contagiosus. (*Brit. med. Journ.* 1899.)

[22] Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chron. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1887. No. 32.)

[23] Bemerkungen und Betrachtungen über zwei Fälle von Pemphigus. (*Giorn. ital. d. mal vener. et d. pell.* 1891. IV.)

bakteriologischen Untersuchungen bewiesen — gleichfalls auf die Einwirkung der Streptokokken zurückzuführen, und zwar als ein dem Auftreten der Blasen vorangehendes Krankheitsstadium der Haut zu betrachten.

Angesichts solcher Beobachtungen[24] darf man wohl die bisher veröffentlichten Fälle von chronischem Pemphigus mit einem gewissen Mifstrauen anschauen, besonders wenn man aus denselben die Fälle von DUHRINGscher Krankheit ausschliefst, welche wahrscheinlich von allen als eine besondere, durch innere Ursachen hervorgerufene Infektion aufgefafst wird.

Ferner mufs aus eben denselben Gründen festgesetzt werden, dafs sowohl Erythema wie auch Pemphigus der Schleimhäute durch eine Streptokokkeninfektion erzeugt werden können — was bei der Beurteilung der Pemphigusfälle von nicht geringem Gewichte ist.

Und daraus ist wohl leicht, den Schlufs zu ziehen, dafs in jedem Falle von Pemphigus, bei welchem die DUHRINGsche Krankheit ausgeschlossen wurde, die Diagnose erst dann mit voller Sicherheit gestellt werden darf, nachdem die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes genau durchgeführt worden ist.

Endlich sei mir noch eine Bemerkung gestattet betreffs der Benennung dieser Krankheit. Mit Rücksicht auf die nunmehr bekannte Ätiologie kann ich sie nicht Pemphigus chronicus nennen; auch möchte ich sie nicht — um Verirrungen nicht Platz zu geben — als pemphigusähnlich (Pemphigoides) bezeichnen. Als am meisten zutreffend erscheint mir die Benennung „Dermatitis bullosa streptogenes chronica“, weil diese Bezeichnung am klarsten spricht, dafs wir in diesem Falle mit einer durch Blasenbildung sich manifestierenden Hautentzündung zu tun haben, welche durch eine von aufsen her erfolgte Streptokokkeninfektion hervorgerufen wurde.

Zuletzt will ich noch an dieser Stelle dem Herrn Professor REISS für das mir zur Verfügung gestellte Krankenmaterial meinen herzlichsten Dank aussprechen.

---

[24] Vor zwei Jahren beobachtete ich einen ähnlichen Fall, bei welchem eine Impetigo vulgaris allmählich in einen Pemphigus überging. Ich habe den ganzen Verlauf dieses Falles nicht verfolgt; bemerkenswert ist es doch, dafs ich bei zweimaliger bakteriologischer Untersuchung des Blaseninhaltes beide Male Streptokokken gefunden habe.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

